

Medlemskapssamtycke för dig mellan 12 och 17 år

Namn: _____

Tel: _____

Personnr: _____

E-mail: _____

Jag är av egen fri vilja medlem i Judiska församlingen och beslutet har fattats utan påtryckningar av andra.

Underskrift: _____

Ort och datum: _____

Moderns uppgifter:

Namn: _____

Tel: _____

Personnr: _____

E-mail: _____

Underskrift: _____

Ort och datum: _____

Faderns uppgifter:

Namn: _____

Tel: _____

Personnr: _____

E-mail: _____

Underskrift: _____

Ort och datum: _____

**Behöver vara församlingen
tillhanda innan 2025-02-20**

Judiska församlingen i Stockholm
att: Medlemsansvarig
Box 7427
103 91 Stockholm